



همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا توانایی  
۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

(۲۰۱)

### بررسی آگاهی دانشجویان در مورد اختلالات خلقی پس از زایمان ریحانه ایوان بقاء، سکینه محمدعلیزاده

(اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی - دانشکده پرستاری - مامایی تبریز)

**چکیده:** دوره بارداری و به خصوص دوران پس از زایمان به عنوان زمان عمده سازگاریهای فیزیکی، درون فردی، خانوادگی و روانی-اجتماعی در زندگی یک زن به شمار می‌رود و زنان بیش از هر زمان دیگری مستعد ابتلا به بحرانهای احساسی و خلقی می‌باشند. از آنجایی که این اختلالات می‌تواند عواقب زیانباری برای مادر و نوزاد داشته باشند باید هر چه سریعتر غربالگری شده و تحت درمان قرار گیرند. مسلم است که میزان آگاهی مراقبین در کیفیت این کار و اصولاً در داشتن انگیزه برای انجام آن نقش بسزایی دارد. این پژوهش یک مطالعه توصیفی است که نمونه‌های آن را ۱۰۰ نفر از دانشجویان ترم دوم کارشناسی ناپیوسته و ترم ششم کارشناسی پیوسته شبانه و ترم چهارم و هشتم کارشناسی پیوسته مامایی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز تشکیل می‌داد. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. پرسشنامه خود تنظیم شده ابزار گردآوری داده‌ها را تشکیل می‌داد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS/WIN و آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشانگر ۵٪ آگاهی ضعیف، ۵۹٪ متوسط و ۳۱٪ خوب بود. دانشجویان ترم دوم ناپیوسته شبانه بیشترین نمره را کسب کردند. با توجه به این نتیجه، به نظر رسید که احتمالاً تکرار دروس دوره‌گردانی در دوره کارشناسی و گذراندن طرح در افزایش نمرات این گروه تأثیر داشته است. در کل پژوهشگران با عنایت به سایر بحثهای کلی در متن مقاله به نتیجه رسیدند که بهتر است دانشجویان مامایی علاوه بر آموزش تئوری، بطور بالینی و مکرر در ارتباط با اختلالات پس از زایمان آموزش داده شوند.

#### مقدمه

در سراسر دنیا سالانه حدود ۲۰-۱۰ میلیون نفر حداقل یک دوره افسردگی را تجربه می‌کنند. در ایالات متحده از هر بیست نفر، یک نفر در طول زندگی دچار افسردگی می‌گردد (۱). دوره بارداری و به خصوص دوران پس از زایمان به عنوان زمان عمده سازگاریهای فیزیکی، درون فردی، خانوادگی و روانی-اجتماعی در زندگی یک زن به شمار می‌رود (۲). در دوره نفاسی به دلیل از بین رفتن انرژی ذخیره شده مادر ناشی از خستگی یا اثرات دارویی، طول مدت زایمان، مشکلات ایجاد شده در روند زایمان و نظایر آن، زنان بیش از هر زمان دیگری مستعد ابتلاء به بحرانهای احساسی و خلقی می‌باشند (۳). غفاری‌نژاد و همکاران در تحقیق خود تحت عنوان شیوع افسردگی بعد از زایمان، میزان آن را ۳۱/۱ درصد گزارش کردند (۴). اختلالات خلقی مربوط به زایمان بطور سنتی برحسب شدت به سه گروه تقسیم شده‌اند: حزن پس از زایمان، افسردگی پس از زایمان و سایکوز پس از زایمان (۵). علت واقعی اختلالات خلقی این دوران هنوز ناشناخته باقی مانده است ولی مطالعات متعدد نشان داده‌اند که روابط زناشویی ضعیف، عدم حمایت او از سوی همسر، فقدان حمایت اجتماعی، سابقه افسردگی در خلال بارداری، مشکلات مادر در زمینه نگهداری از طفل و استرسهای مشابه می‌توانند در بروز افسردگی پس از





همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا توانایی  
۱۹-۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

(۲۰۲)

زایمان موثر باشند (۶،۱). این اختلال با شیوع حدود ۲۰-۱۰ درصد پس از هفته دوم یا سوم یا در هر زمانی طی سال اول بعد از زایمان شروع شده و می‌تواند تا هفته‌ها و ماه‌ها ادامه یابد و سپس علائم آن محو گردد. علائم شامل شکایتهای جسمی مکرر، احساس خستگی مفرط، تغییر وزن و الگوی خواب، احساس گناه مفرط، مشکلات مربوط به تمرکز حواس و تصمیم‌گیری و افکار آزار دهنده راجع به مرگ یا خودکشی است (۸،۷). حزن مادری با شیوع ۵۰-۸۰ درصد از دیگر اختلالات خلقی پس از زایمان است که یک احساس اندوه و افسردگی گذرا و خود محدود شونده بوده و نیازی به درمان ندارد. این حالت در چند روز اول پس از زایمان شروع شده و طول مدت آن از چند ساعت تا ۳-۲ هفته متفاوت است. حزن مادری ارتباطی با مشکلات زایمانی، شیردهی، مشکلات اجتماعی - اقتصادی نداشته ولی شدت آن یک عامل مستعدکننده برای ابتلاء به افسردگی بعد از زایمان است (۱۰،۹،۷،۵). از دیگر اختلالات خلقی پس از زایمان، سایکوز نفاسی با شیوع ۱/۲-۰/۱ درصد می‌باشد که از شدیدترین آنهاست. ولی اساساً در زنان با تاریخچه قبلی بیماریهای روانی روی می‌دهد و زنان بین هفته‌های اول تا سوم پس از زایمان به آن مبتلا می‌شوند (۹). از آنجا که اختلالات خلقی پس از زایمان می‌توانند سبب رنج شدید مادر گشته و عواقب زیانباری برای نوزاد داشته باشند باید هر چه سریعتر غربالگری شده و تحت درمان قرار گیرند (۱۱،۱۰،۹،۸،۶،۲). کلیه کادر درگیر با مادر در خلال دوران پس از زایمان، از جمله ماماها باید با اختلالات خلقی این دوران آشنا باشند و بهتر است قبل از ترخیص مادر از بیمارستان، او را در این زمینه آموزش دهند (۸). مسلم است که میزان آگاهی مراقبین در کیفیت آموزش آنان و اصولاً در داشتن انگیزه جهت آموزش به مادر نقش بسزایی دارد. این مهم خود، انگیزه‌ای برای انجام این تحقیق و سنجش میزان آگاهی دانشجویان در این خصوص شد.

### مواد و روش کار

این تحقیق یک مطالعه توصیفی است که به منظور تعیین میزان آگاهی دانشجویان در زمینه اختلالات خلقی پس از زایمان صورت گرفته است. نمونه‌های این پژوهش را ۱۰۰ نفر از دانشجویان ترم دوم کارشناسی ناپیوسته شبانه و ترم چهارم، ششم و هشتم کارشناسی پیوسته مامایی تشکیل می‌داد که ترم ششم نیز جزو دوره‌های شبانه بودند. نمونه‌ها به روش مبتنی بر هدف از بین دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی تبریز انتخاب گردیدند. پرسشنامه تنظیم شده دو قسمتی (تأیید شده توسط چند تن از صاحب‌نظران و اعضاء هیئت علمی دانشکده) که قسمت اول شامل مشخصات فردی و اجتماعی واحدها و قسمت دوم مشتمل بر ۲۵ سؤال در زمینه آگاهی نمونه‌ها از اختلالات خلقی پس از زایمان بود، ابزار گردآوری داده‌ها را تشکیل می‌داد. اطلاعات جمع‌آوری شده از ۹۵ دانشجو (۵ پرسشنامه به دلیل تکمیل ناقص کنار گذاشته شد) کدگذاری و به رایانه داده شده و با نرم‌افزار آماری *spss/win* و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آنالیز واریانس یکطرفه و توکی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نمرات آگاهی به صورت: (۸-۱) آگاهی ضعیف، (۹-۱۶) متوسط و (۱۷-۲۵) خوب امتیازبندی شد.





همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا توانایی  
۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

(۲۰۳)

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

### نتایج

یافته‌های حاصل از پژوهش در ارتباط با مشخصات فردی و اجتماعی نمونه‌ها نشان داد که ۴۵/۳٪ دانشجویان، ترم چهارم روزانه؛ ۲۶/۳٪، ترم ششم شبانه؛ ۱۱/۶٪، ترم هشتم روزانه در مقطع کارشناسی پیوسته و ۱۶/۸٪، ترم دوم شبانه در مقطع تحصیلی کارشناسی ناپیوسته مامائی بودند؛ در کل ۵۶/۹ درصد (۵۴ نفر) دانشجوی دوره روزانه و ۴۳/۱ درصد (۴۱ نفر) دانشجوی دوره شبانه بودند. ۸۲/۱٪ واحدها مجرد، ۱۶/۸٪ متأهل و ۱/۱٪ مطلقه بودند. اغلب واحدها (۹۵/۸٪) غیرشاغل بودند. میانگین سنی واحدها ۲۲/۶۲ سال بود. در ارتباط با نمره آگاهی نمونه‌ها، نتایج نشانگر ۵٪ آگاهی ضعیف، ۵۹٪ متوسط و ۳۱٪ خوب بود. میانگین نمرات آگاهی ترم دوم ناپیوسته ۱۶/۵۶، ترم چهارم ۱۳/۵۶، ترم ششم ۱۵/۸۴ و ترم هشتم ۱۳/۹۱ بود. میانگین نمرات در کل ۱۴/۶۹ بدست آمد. آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و توکی، اختلاف میانگین نمرات آگاهی بین ترمهای (۲ و ۴)، (۲ و ۸) و (۴ و ۶) با  $(P=0/001)$  و ترمهای (۶ و ۸) با  $(P=0/02)$  را معنی دار نشان داد (جدول ۲). میانگین نمرات آگاهی بین ترمهای (۲ و ۶) و (۲ و ۸) معنی دار نبود.

### بحث

تقریباً نیمی از دانشجویان مامائی در این پژوهش (۵۹٪) از آگاهی متوسطی برخوردار بودند؛ با توجه به اهمیت اختلالات خلقی پس از زایمان، که سبب آسیب تعامل بین مادر - کودک شده و در کل خانواده نیز تأثیرگذار است و لزوم شناسایی مادران در این دوران از نظر افسردگی و نیز طراحی سؤالات به صورت ساده، این میزان آگاهی چندان رضایتبخش نیست (۱۲). طبق مطالعه یک تحت عنوان «روشهای غربالگری افسردگی پس از زایمان» تنها بخش کوچکی از زنان افسرده توسط کارکنان بهداشتی شناسایی می‌شوند (۱۱) و این حالت بندرت در اوایل تشخیص داده می‌شود (۹). ماماها باید در امر حمایت از شبکه‌های بهداشتی جهت جمع آوری اطلاعات در ارتباط با افسردگی دوران نفاسی فعال بوده و والدین و خانواده آنها را در این مورد آموزش دهند؛ ولی این کار بدون آگاهی مراقبین به سختی امکانپذیر است (۳). زیرا آگاهی، اساس سنجش افسردگی پس از زایمان را تشکیل می‌دهد و درک صحیح تغییرات و تشخیص زودرس این انحرافات از حالت طبیعی، ماما را قادر خواهد ساخت تا مشکلات را سریعتر شناسایی کرده و قبل از بروز عوارض جدی مداخله نماید (۱۳). در ارتباط با میانگین نمرات ترمهای مختلف، پایین بودن آن در بین دانشجویان ترم هشتم مامایی، جای تأمل دارد، نمونه‌های این ترم با توجه به گذراندن آخرین ترم تحصیلی باید از آگاهی مطلوبی برخوردار بودند که نتیجه عکس حاصل شد. حتی تعدادی از دانشجویان این ترم از پاسخگویی به پرسشنامه به دلیل عدم اطلاعات کافی خودداری کردند. میانگین پایین نمرات ترم چهارم احتمالاً به دلیل نگذردن واحد درسی روانپزشکی است که در ترمهای بالاتر ارائه می‌شود؛ و نمونه‌های این گروه با توجه به اطلاعات کسب کرده در درس روانشناسی، پرسشنامه‌ها را پر کرده بودند. در خصوص ترم ششم که امتیاز بیشتری در مقایسه با ترم دوم و ترم هشتم بدست آورده بودند؛ به احتمال قوی به دلیل تکمیل پرسشنامه در روز امتحان روانپزشکی بوده که بی‌تأثیر در امتیاز آنها نبوده است. بالا بودن میانگین نمرات نمونه‌های ترم دوم ناپیوسته در بین





همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا نوتوانی  
۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

(۲۰۳)

### نتایج

یافته‌های حاصل از پژوهش در ارتباط با مشخصات فردی و اجتماعی نمونه‌ها نشان داد که ۴۵/۳٪ دانشجویان، ترم چهارم روزانه؛ ۲۶/۳٪، ترم ششم شبانه؛ ۱۱/۶٪، ترم هشتم روزانه در مقطع کارشناسی پیوسته و ۱۶/۸٪، ترم دوم شبانه در مقطع تحصیلی کارشناسی ناپیوسته مامائی بودند؛ در کل ۵۶/۹ درصد (۵۴ نفر) دانشجوی دوره روزانه و ۴۳/۱ درصد (۴۱ نفر) دانشجوی دوره شبانه بودند. ۸۲/۱٪ واحدها مجرد، ۱۶/۸٪ متأهل و ۱/۱٪ مطلقه بودند. اغلب واحدها (۹۵/۸٪) غیرشاغل بودند. میانگین سنی واحدها ۲۲/۶۲ سال بود. در ارتباط با نمره آگاهی نمونه‌ها، نتایج نشانگر ۵٪ آگاهی ضعیف، ۵۹٪ متوسط و ۳۱٪ خوب بود. میانگین نمرات آگاهی ترم دوم ناپیوسته ۱۶/۵۶، ترم چهارم ۱۳/۵۶، ترم ششم ۱۵/۸۴ و ترم هشتم ۱۳/۹۱ بود. میانگین نمرات در کل ۱۴/۶۹ بدست آمد. آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و توکی، اختلاف میانگین نمرات آگاهی بین ترمهای (۲ و ۴)، (۲ و ۸) و (۶ و ۸) با  $(P=0/001)$  و ترمهای (۶ و ۸) با  $(P=0/02)$  را معنی دار نشان داد (جدول ۲). میانگین نمرات آگاهی بین ترمهای (۶ و ۲) و (۸ و ۴) معنی دار نبود.

### بحث

تقریباً نیمی از دانشجویان مامائی در این پژوهش (۵۹٪) از آگاهی متوسطی برخوردار بودند؛ با توجه به اهمیت اختلالات خلقی پس از زایمان، که سبب آسیب تعامل بین مادر - کودک شده و در کل خانواده نیز تأثیرگذار است و لزوم شناسایی مادران در این دوران از نظر افسردگی و نیز طراحی سئوالات به صورت ساده، این میزان آگاهی چندان رضایتبخش نیست (۱۲). طبق مطالعه یک تحت عنوان «روشهای غربالگری افسردگی پس از زایمان» تنها بخش کوچکی از زنان افسرده توسط کارکنان بهداشتی شناسایی می‌شوند (۱۱) و این حالت بندرت در اوایل تشخیص داده می‌شود (۹). ماماها باید در امر حمایت از شبکه‌های بهداشتی جهت جمع‌آوری اطلاعات در ارتباط با افسردگی دوران نفاسی فعال بوده و والدین و خانواده آنها را در این مورد آموزش دهند؛ ولی این کار بدون آگاهی مراقبین به سختی امکانپذیر است (۳). زیرا آگاهی، اساس سنجش افسردگی پس از زایمان را تشکیل می‌دهد و درک صحیح تغییرات و تشخیص زودرس این انحرافات از حالت طبیعی، ماما را قادر خواهد ساخت تا مشکلات را سریعتر شناسایی کرده و قبل از بروز عوارض جدی مداخله نماید (۱۳). در ارتباط با میانگین نمرات ترمهای مختلف، پایین بودن آن در بین دانشجویان ترم هشتم مامائی، جای تأمل دارد، نمونه‌های این ترم با توجه به گذراندن آخرین ترم تحصیلی باید از آگاهی مطلوبی برخوردار بودند که نتیجه عکس حاصل شد. حتی تعدادی از دانشجویان این ترم از پاسخگویی به پرسشنامه به دلیل عدم اطلاعات کافی خودداری کردند. میانگین پایین نمرات ترم چهارم احتمالاً به دلیل نگذراندن واحد درسی روانپزشکی است که در ترمهای بالاتر ارائه می‌شود؛ و نمونه‌های این گروه با توجه به اطلاعات کسب کرده در درس روانشناسی، پرسشنامه‌ها را پر کرده بودند. در خصوص ترم ششم که امتیاز بیشتری در مقایسه با ترم دوم و ترم هشتم بدست آورده بودند؛ به احتمال قوی به دلیل تکمیل پرسشنامه در روز امتحان روانپزشکی بوده که بی‌تأثیر در امتیاز آنها نبوده است. بالا بودن میانگین نمرات نمونه‌های ترم دوم ناپیوسته در بین





همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا توانایی  
۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

(۲۰۴)

جدول ۱: فراوانی مطلق و درصدی مشخصات فردی-اجتماعی واحدهای مورد پژوهش ( $N=95$ )

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	تعداد	درصد
ترم			سن (سال)		
دوم شبانه	۱۶	۱۶/۸	۲۹	۲	۲/۱
چهارم روزانه	۴۳	۴۵/۳	۲۸	۴	۴/۲
ششم شبانه	۲۵	۲۶/۳	۲۶	۲	۲/۱
هشتم روزانه	۱۱	۱۱/۶	۲۵	۶	۶/۳
دوره تحصیلی			۲۴	۶	۶/۳
روزانه پیوسته	۵۴	۵۶/۹	۲۳	۱۹	۲۰
شبانه پیوسته	۲۵	۲۶/۳	۲۲	۲۵	۲۶/۳
شبانه ناپیوسته	۱۶	۱۶/۸	۲۱	۲۶	۲۷/۴
وضعیت شغلی			۲۰	۵	۵/۳
شاغل	۴	۴/۲	وضعیت تأهل		
غیرشاغل	۹۱	۹۵/۸	مجرد	۷۸	۸۲/۱
			متأهل	۱۶	۱۶/۸
			مطلقه	۱	۱/۱

سایر ترمها، می‌تواند ناشی از تکرار دروس دوره کاردانی در دوره کارشناسی و یا بدلیل مطالعات اضافی آنها در زمان طرح نیروی انسانی و یا برخورد با مادران افسرده در دوران بعد از زایمان باشد، که سبب بهتر شدن نحوه پاسخگویی آنها شده است. در ارتباط با پاسخگویی به تک تک سؤالات، نتایج نشان داد که به طور کل در زمینه غم مادری آگاهی دانشجویان خوب بوده ولی در ارتباط با زمان شروع افسردگی پس از زایمان و شیوع آن و نیز طول مدت و برخی علل احتمالی در بروز افسردگی آگاهی کافی نداشتند. بعنوان مثال در مورد سؤال شماره ۱۲ و ۱۳ به ترتیب تنها ۴۶/۳ و ۳۷/۹ درصد پاسخ صحیح داده بودند در حالیکه مطالعات مختلف نشان داده‌اند که احتمال بروز افسردگی بدنبال سزارین (با استفاده از بیهوشی عمومی) بیشتر از زایمان واژینال (و یا با ابزار) و نیز بدنبال سزارین اورژانسی بیشتر از سزارین انتخابی است؛ هرچند که برخی مطالعات نیز چنین ارتباطی را بدست نیاورده‌اند (۱۵، ۱۴، ۱۲). پس پیشنهاد می‌شود تا مدرسین و مربیان بالینی سعی نمایند آگاهی دانشجویان را در این خصوص تقویت نمایند بخصوص در مورد دانشجویانی که هنوز فارغ‌التحصیل نشده‌اند. چون در





همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا توانایی  
۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

(۲۰۵)

جدول ۲: مقایسه سطح آگاهی و میانگین آگاهی ترمهای مختلف دانشجویان کارشناسی مامائی

نمره آگاهی	SD	X	سطح آگاهی			ترم تحصیلی (کارشناسی)
			خوب (۱۷-۲۵)	متوسط (۹-۱۶)	ضعیف (۰-۸)	
۱/۷۵	۱۶/۵۶	۸ (٪۵۰/۰)	۸ (٪۵۰/۰)	—	—	دوم ناپیوسته شبانه
۳/۴۰	۱۳/۵۶	۱۱ (٪۲۵/۶)	۲۷ (٪۶۲/۸)	۵ (٪۱۱/۶)	—	چهارم پیوسته روزانه
۲/۳۰	۱۵/۸۴	۱۲ (٪۴۸/۰)	۱۳ (٪۵۲/۰)	—	—	ششم پیوسته شبانه
۱/۸۷	۱۳/۹۱	—	۱۱ (٪۱۰۰/۰)	—	—	هشتم پیوسته روزانه
۳/۰۰	۱۴/۶۹	۳۱ (٪۳۲/۶)	۵۹ (٪۶۲/۱)	۵ (٪۵/۳)	—	کل

اینصورت دانشجویان در غربالگری مادران زایمان کرده بطریق سزارین و نیز سزارین اورژانسی دقت بیشتری خواهند کرد. در ارتباط با نتایج مربوط به درصد پاسخگویی صحیح واحدا به تک تک سؤالات نشان داد که بیشترین درصد (٪۸۹/۵) مربوط به سؤال شماره ۴ (۸۵ نفر)، و کمترین درصد (٪۱۳) مربوط به سؤال شماره ۱۳ (۲۸ نفر) بود (جدول ۳).

سؤال شماره ۱۸، تنها ۱۳/۷ درصد دانشجویان پاسخ صحیح داده و به نظر آنها مقیاس مطمئن برای غربالگری افسردگی پس از زایمان وجود نداشت و این در حالی است که طبق بررسی‌های بعمل آمده توسط محققین متعدد، ابزارهای سنجش مطمئن از جمله EPDS<sup>(۱)</sup> را می‌توان بعنوان یک وسیله سنجش معتبر برای ارزیابی این اختلال در طی دوران نقاسی بکار برد (۱۶-۳۶). هریس<sup>(۲)</sup> و همکاران (۱۹۸۹) نیز در پایان تحقیقی تحت عنوان "کاربرد مقیاس رتبه‌ای برای شناسایی افسردگی پس از زایمان" اعلام داشتند مقیاس ادینبرگ، یک مقیاس ساده خودگزارشی است و می‌تواند توسط تمامی کارکنان بهداشتی جهت شناسایی مادران افسرده که نیاز به پیگیری بیشتر دارند مورد استفاده قرار گیرد (۳۷). گلاس<sup>(۳)</sup> و همکاران نیز (۱۹۹۸) در تحقیق خود جهت بررسی بروز و شیوع افسردگی پس از زایمان و عوامل خطر فردی-اجتماعی، به این نتیجه رسیدند که EPDS برای غربالگری افسردگی پس از زایمان در محیطهای بهداشت اولیه می‌تواند بعنوان ابزار قابل قبولی و عملی مورد استفاده واقع شود (۳۸). آگاهی دانشجویان در مورد سؤال مهم شماره ۲۰ در زمینه احتمال ابتلا نوزادان مادران افسرده به اختلال خلقی دیررس اندک بوده و تنها ۴۴/۲ درصد پاسخ صحیح داده بودند ولی آنگونه که مطالعات متعدد گزارش کرده‌اند چنین احتمالی در نوزادان مادران مبتلا وجود دارد (۴۰، ۳۹، ۳۳). پس لازم است در این زمینه نیز آگاهی دانشجویان افزایش داده شود. در مورد سؤالات مربوط به شدیدترین اختلال

1- Edinburgh postnatal depression scale 2- Harris

3- Glasser





همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا توانایی  
۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

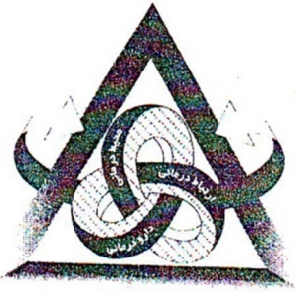
(۲۰۶)

جدول ۳: فراوانی مطلق و درصدی پاسخهای صحیح واحدهای مورد پژوهش به بیانیه های آگاهی ( $N=95$ )

بیانیه‌ها	تعداد	درصد
۱- غم مادری (baby/maternity blues) افسردگی و سایکوز از اختلالات خلقی پس از زایمان می‌باشند.	۸۱	۸۵/۳
۲- افت هورمون‌ها بدن‌بال زایمان علت اصلی اختلالات خلقی در زن پس از زایمان می‌باشد.	۳۲	۳۳/۷
۳- حدود ۸۰٪ از مادران تازه زایمان کرده غم مادری را تجربه می‌کنند.	۶۷	۷۰/۵
۴- غم مادری یک واکنش احساسی گذرا می‌باشد.	۸۵	۸۹/۵
۵- غم مادری بدون درمان و مداخله خاصی فروکش می‌کند.	۷۲	۷۵/۸
۶- غم مادری معمولاً بیش از دو هفته طول می‌کشد.	۶۹	۷۲/۶
۷- میزان شیوع افسردگی پس از زایمان حدود ۳-۵ درصد می‌باشد.	۳۱	۳۲/۶
۸- افسردگی پس از زایمان معمولاً ۳-۷ روز پس از زایمان شروع می‌شود.	۴۰	۴۲/۱
۹- افسردگی پس از زایمان معمولاً کمتر از دو هفته طول می‌کشد.	۴۲	۴۴/۲
۱۰- احتمال خطر اقدام به خودکشی در مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان وجود دارد.	۶۹	۷۲/۶
۱۱- احتمال خطر آسیب رساندن به کودک در مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان وجود دارد.	۸۳	۸۷/۴
۱۲- احتمال بروز افسردگی پس از زایمان به دنبال زایمان و ازینال بیش از سزارین می‌باشد.	۴۴	۴۶/۳
۱۳- احتمال بروز افسردگی پس از زایمان در مادران با سزارین اورژانسی بیش از سزارین انتخابی می‌باشد.	۳۶	۳۷/۹
۱۴- احتمال بروز افسردگی پس از زایمان در مادرانی که به کودک خود شیر می‌دهند، کمتر است.	۶۵	۶۸/۴
۱۵- احتمال بروز افسردگی پس از زایمان در مادرانی که خویشاوندان خودش از او مراقبت می‌کنند، کمتر است.	۸۰	۸۴/۲
۱۶- ضعیف بودن روابط زناشویی احتمال بروز افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد.	۸۱	۸۵/۳
۱۷- مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان معمولاً نیاز به بستری شدن دارند.	۵۲	۵۴/۷
۱۸- مقیاس مطمئنی برای ارزیابی افسردگی پس از زایمان وجود دارد.	۱۳	۱۳/۷
۱۹- خواب‌آلودگی از علائم مهم افسردگی پس از زایمان است.	۳۰	۳۱/۶
۲۰- نوزادان مادران مبتلا به افسردگی پس از زایمان ممکن است دچار اختلالات خلقی دیررس شوند.	۴۲	۴۴/۲
۲۱- مشاوره در درمان افسردگی پس از زایمان تأثیر ناچیزی دارد.	۷۱	۷۴/۷
۲۲- در مادرانی که داروهای ضدافسردگی دریافت می‌کنند، شیردهی باید قطع گردد.	۴۳	۴۵/۳
۲۳- احتمال بروز سایکوز پس از زایمان کمتر از ۳ در هزار می‌باشد.	۲۸	۲۹/۵
۲۴- احتمال عود مجدد سایکوز در زایمان‌های بعدی بیش از ۵۰ درصد است.	۶۰	۶۳/۲
۲۵- مادران مبتلا به سایکوز پس از زایمان معمولاً نیاز به بستری شدن دارند.	۸۰	۸۴/۲

خلقی پس از زایمان (سایکوز یا جنون) دانشجویان اطلاعات کمی بخصوص در زمینه بروز و عود آن داشتند و بترتیب تنها (۳/۴۵ و ۲۹/۵ درصد) پاسخ صحیح داده بودند. با توجه به اهمیت سایکوز بعد از زایمان که از اهمیت خاصی در بین سایر اختلالات خلقی





همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا توانایی  
۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

(۲۰۷)

پس از زایمان (حزن و افسردگی) دارد و می‌تواند از نظر خودکشی مادر مبتلا یا بچه‌کشی بالقوه خطرناک باشد. پس باید سعی شود در این مورد نیز آگاهی دانشجویان بالا برده شود تا آنها به محض مشکوک شدن به سایکوز، موارد را سریعاً به پزشک متخصص ارجاع دهند چون سنجش و درمان سایکوز بعد از زایمان، خارج از محدوده کاری ماماهاست (۴۱). در پایان با عنایت به بحثهای انجام شده پیشنهاد می‌گردد نظر به اهمیت اختلالات خلقی پس از زایمان و تاثیرات سوء آن بر تعامل مادر و کودک او و نیز نظر به ارزیابی بهداشت روانی بعنوان جزء لاینفکی از مراقبت بعد از زایمان (۴۱)، مربیان سعی نمایند دانشجویان مامایی را در بالین مادران در بخشهای پس از زایمان و در مراکز بهداشتی با اهمیت غربالگری اختلالات خلقی پس از زایمان بیشتر آشنا نموده و آنها را در این زمینه آموزش دهند و برخی از روشهای ساده غربالگری افسردگی را به آنان بیاموزند تا فارغ التحصیلان مامایی بتوانند در آینده در حیطه‌های مختلف کاری خود، مادران افسرده را شناسایی کرده و موارد مورد لزوم را ارجاع دهند.

### منابع

- ۱- عطاری عباس، اکرام‌نیا فرحناز، نقدی فرامرز، فرزانه حسن، ریسمانچیان علی، جابری پروش. بررسی اپیدمیولوژیک یک شیوع افسردگی در افراد بالای ۲۰ سال شهر شهرضا. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان، سال سوم، شماره سوم، بهار ۱۳۷۷: ۴۱.
- ۲- رایان کی جی، بروکیز آراس، باریری آر. ال، دونایف آ. اصول بیماریها و بهداشت زنان کیسز. ترجمه بهرام قاضی جهانی، روشک قطبی، ویراست هفتم، ۱۹۹۹: ۶۲۰-۶۱۵.
- ۳- موریس تامسون باتریشا. حزن بعد از زایمان. ترجمه کلثوم پارسا. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت. سال اول، شماره ۲، بهار ۱۳۷۱: ۱۵-۱۰.
- ۴- غفاری نژاد علیرضا، خویاری فریا، پویا فاطمه. بررسی شیوع افسردگی بعد از زایمان و عوامل مربوط در کرمان. خلاصه مقالات ارائه شده بصورت پوستر در همایش پزشکی از علم تا عمل. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ضمیمه دوره پنجم، شماره ۳، ۱۳۷۷: ۴.
5. Steiner M. Perinatal mood disorder: Position paper. *Psychopharmacol-Bull.* 1998; 34(3): 301-6.
6. Sherwen L.N, Scoloveno MA, Weingarten CT. *Maternity Nursing: Care of the childbearing family.* 3rd ed. Appleton & Lange, 1999: 906-908.
- ۷- فرجی جمشید. نشانگان روانی پس از زایمان (روان‌پریشی از زایمان)، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان، سال اول، شماره ۲، بهار و تابستان ۱۳۷۶: ۲۱-۹.
8. Novak JC, Broom BL. Ingalls & Saleron's: *Maternal and Child Health Nursing*, 9th ed. Mosby 1999:
9. Godfroid IO, Charlot A, *Postpartum Psychiatry.* Rev-Med-Brux 1999. Feb; 17(1): 22-23, 6.
10. Hapgood CC, Elkind GS, Wright JJ. *Maternity blues: Phenomena and relationship to later postpartum depression,* Aust-N-Z-J-Psychiatry 1998 sep; 22(3): 299-306.
11. Beck CT, *Screening Methods for postpartum depression.* JOGNN 1995; 24(4): 308-312.
12. Boyce PM, Todd AL. *Increased risk of postpartum depression after emergency caesarean section.* The medical journal of Australia. 157 Agust 1992: 172-174.
13. Wold GH. *Contemporary Maternity Nursing.* Mosby Co. 1st ed. 1997: 255-256, 389-390.
14. Edwards DR, Porter SA, Stein GS. *A pilot study of postnatal depression following caesarean*





همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا توانایی  
۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

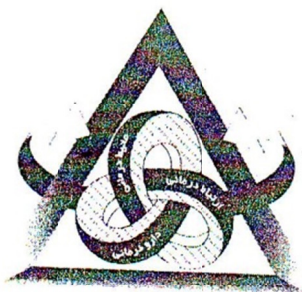
معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

(۲۰۸)

- section using two retrospective self-rating instruments. *J-Psychosom-Res*, 1994 Feb; 38(2): 111-7.
15. O'Neill T, Murphy P, Greene VT. Postnatal depression: aetiological factors. *Ir-Med-J* 1990 Mar; 83(1): 17-8.
16. Warner R, et al. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br-J-Psychiatry* 1996 May; 168 (5): 607-110.
17. Stamp GE, Williams AS, Crowther CA. Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized, controlled trial birth 1995 sep; 22(3): 138-43.
18. Armstrong KL, et al. Childhood sleep problems: association with prenatal and maternal distress/depression. *J-Paediatr-Child-Health* 1998 Jun; 34(3): 263-6.
19. Reighard FT, Evans ML. Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale a southern, rural population in the United States. *Prog-Neuropsychopharmacol-Biol-Psychiatry* 1995 Nov; 19(7): 1219-24.
20. Jadresic E, Araya R. Prevalence of postpartum depression and associated factors in Santiago, Chile. *Rev-Med-Chil* 1995 Jun; 123(6): 624-9.
21. Murray D, et al. Childbirth: Life event or start of a long term difficulty? *Br-J-Psychiatry*, 1995 May; 166(5): 595-600.
22. Clement S. Listening visits' in pregnancy: a strategy for preventing postnatal depression. *Midwifery* 1995 Jun; 11(2): 75-80.
23. Zelkowitz P, Milet TH. Screening for post-partum depression in a community sample. *Can-J-Psychiatry* 1995 Mar; 40(2): 80-6.
24. Holt WJ. The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh postnatal depression scale. *N-Z-Med-J* 1995 Feb; 108(994): 57-9.
25. Schaper AM et al. Use of the Edinburgh postnatal depression scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J-Reprod-Med* 1994 Aug; 39(8): 620-4.
26. Appleby L et al. Screening women for high risk of postnatal depression. *J-Psychosom-Res* 1994 Aug 38(6): 539-45.
27. Griepsma J, Marcollo J, Casey C, Cherry F, Vary E & Walton V. The incidence of postnatal depression in a rural area and the needs of affected women.
28. Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers comments. *Br-J-Psychiatry* 1994 Jun; 164(6): 782-80.
29. Astbury J, Brown S, Lumley J, Small R. Birth events, birth experiences and social differences in postnatal depression. *Aust-J-Public-Health* 1994 Jun; 18(2): 176-84.
30. Small R, Astbury J, Brown S, Lumley J. Depression after childbirth: Does special context matter? *Med-J-Aust* 1994 Oct; 161(8): 473-7.
31. Webster ML, Thompson JM, Mitchell EA, Werry JU. Postnatal depression in a community cohort. *Aust-N-Z-J-Psychiatry* 1994 Mar; 28(1): 42-9.
32. Lundh W, Gyllang C. Use of the EPDS in some Swedish child health care centers.





همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی  
از پیشگیری تا توانایی  
۱۹ - ۱۸ آبان ماه ۱۳۷۹

## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی

(۲۰۹)

- Scand-J-Carin-Sci 1993; 7(3): 149-54.
33. Guo SF. Postpartum depression. *Chung-Hua-Fu-Chan-Ko-Tsa-Chin* 1993 Sep; 28(9): 532-3, 569.
34. Boyce P, Stubbs J, Todd A. The EPDS: Validation for an Australian sample. *Aust-N-Z-J-Psychiatry*. 1993 Sep; 27(3): 472-6.
35. Glazer R, Cox JL. Validation of a computerised version of the 10-item (self-rating) Edinburgh postnatal depression scale. *J-Affect-Disord*, 1999 May/Jun; 22(1-2): 70-3.
36. Allen S. Early detection of postnatal depression. *Nurs-Stand* 1993 Oct; 8(3): 25-8.
37. Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H. The use of rating scale to identify post-natal depression. *Br-J-Psychiatry* 1989; 154: 813-17.
38. Glasser S, Barell V, Shohan A, Boyko V, Lusky A, Hart S. *J-Psychosom-Obstet-Gynacol* 1998 sep, 19(3): 155-64.
39. Hay DF, Kumar R. Interpreting the effects of mothers' postnatal depression on children's intelligence: a critique and re-analysis. *Child-Psychiatry-Hum-Dev* 1995 Spring; 25(3): 165-81.
40. Holden JM, Sagovsky R, Cox J. Counselling in a general practice setting. Controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ* 1989 Jan; (28): 223-226.
41. Mckinnery ES, et al. *Maternal-Child Nursing* W.B. Saunders Co. 2000: 729.



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.